様式第１号

令和　　年 　月 　日

　稲沢市長　様

事業者　所 在 地

商号又は名称

担当者　氏　 　名

所　 　属

電　 　話

Ｆ Ａ Ｘ

Ｅ－ｍａｉｌ

**質　問　書**

　稲沢市病児・病後児保育業務委託公募型プロポーザルについて、次のとおり質問します。

１　質問事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 該当箇所（資料、ページ、項目等） | 質問内容 |
| 例 | 実施要領△ページ２（３）〇〇〇〇〇〇〇について |  |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |

※ 記入欄が不足する場合は、適宜追加してください。

２　提出先　稲沢市子ども健康部子育て支援課

電子メール：kosodate@city.inazawa.aichi.jp

FAX：0587-32-8911

※電子メール又はFAXでお願いします。

※提出後、電話にて子育て支援課に到着確認をお願いします。（電話：0587-32-1299）